



Aborder les disparités dans la qualité des soins cardiaques au Canada

On ne peut gérer ce qu'on
ne mesure pas

Mémoire présenté au Comité permanent des
finances pour le budget de 2019

Le 3 août 2018

[logo]

Société canadienne de cardiologie

Leadership. Connaissances. Communauté.

À notre sujet

La Société canadienne de cardiologie (SCC) est la société nationale spécialisée dans la médecine cardiovasculaire au Canada. Elle représente plus de 2 500 cardiologues, chirurgiens et scientifiques. Établie en 1947, elle a un portefeuille qui comprend l'élaboration de guides de pratique clinique fondés sur l'expérience clinique. Elle organise le plus grand rassemblement annuel de professionnels et de chercheurs en santé cardiovasculaire au Canada et des ateliers accrédités de perfectionnement professionnel continu. Pour de plus amples renseignements, visitez www.ccs.ca.

Résumé

Pour soutenir l'amélioration des soins aux patients atteints de maladies cardiovasculaires et l'efficacité du système de santé, la Société canadienne de cardiologie (SCC) recommande que le gouvernement fédéral investisse 12,5 millions de dollars (2,5 millions par année sur cinq ans) dans un programme national d'analyse comparative.

Les systèmes de santé du Canada n'ont pas été conçus pour répondre aux besoins d'une population vieillissante. Des disparités importantes existent par rapport aux traitements et aux résultats parmi les groupes marginalisés sur les plans géographique, culturel et social, ce qui a une incidence sur l'efficacité, l'efficience et l'équité de l'ensemble du système.

Dans le but d'améliorer les soins aux personnes âgées et de remédier aux importantes disparités sur le plan de la santé, la SCC recommande que le gouvernement fédéral investisse de manière stratégique dans l'amélioration des soins cardiovasculaires. Plus précisément, cet investissement servira à :

- mesurer comment les régions et les centres cardiaques se comparent à une gamme de normes de qualité;
- fournir des données significatives sur la qualité des soins aux personnes les mieux placées pour mettre en œuvre des changements réels;
- faciliter le partage des connaissances pour catalyser la mise en œuvre de processus de soins améliorés.

Mieux prendre soin des 2,4 millions de Canadiens touchés par une maladie cardiovasculaire signifie que des personnes âgées en meilleure santé peuvent conserver une meilleure qualité de vie et éviter le déclin physique et cognitif qui nécessite des soins à domicile et des soins de longue durée¹. À terme, cela permettra de réduire le fardeau économique imposé par les maladies cardiovasculaires.

En tirant parti des activités existantes de la SCC, le gouvernement fédéral appuiera l'amélioration du système de santé d'un océan à l'autre. Cette recommandation cadre avec le mandat du gouvernement fédéral d'« améliorer la capacité de réponse de notre système de soins de santé et combler les écarts où la qualité et la disponibilité des soins de santé ne

correspondent pas à la norme élevée à laquelle les Canadiens s'attendent et qu'ils méritent »².

Le problème

Les maladies cardiovasculaires sont l'une des principales causes de décès³, d'hospitalisation⁴ et d'années de vie perdues en raison d'un décès prématuré⁵ au Canada. Les soins cardiovasculaires utilisent une part importante des budgets consacrés aux soins de santé dans toutes les provinces. Les coûts directs s'élèvent à 11,7 milliards de dollars par année au Canada⁶. Les coûts indirects, qui comprennent la valeur de la production perdue en raison de la morbidité et de la mortalité prématurée, sont estimés à 92,6 millions de dollars par an⁶.

Parce qu'ils se concentrent sur les soins épisodiques, nos systèmes ont du mal à prendre en charge les patients qui présentent des problèmes de santé complexes et persistants. Pour les patients atteints de maladies cardiovasculaires, il existe de grandes disparités entre les groupes marginalisés sur les plans géographique, culturel et social, ce qui a un impact sur l'efficacité, l'efficacité et l'équité globales de notre système :

- La qualité et l'uniformité des services varient entre les régions du Canada. Selon la *ville ou la province* où l'on reçoit un traitement, la mortalité cardiaque peut être trois fois plus élevée qu'ailleurs⁷.
- Les *personnes âgées* sont les plus susceptibles de bénéficier des traitements et procédures recommandés, mais elles sont souvent moins susceptibles de recevoir les soins dont elles ont besoin⁸.
- *Les peuples autochtones* (Premières Nations, Inuits et Métis) ont un taux de maladies cardiaques plus élevé que la population canadienne en général et sont plus susceptibles d'en mourir⁹.
- Des différences notables sont à relever entre les sexes dans le traitement et les résultats; *les femmes* qui ont subi une crise cardiaque sont 30 % plus susceptibles d'en mourir que les hommes, et l'écart est plus important chez les jeunes femmes¹⁰.



« À l'heure actuelle, les cardiologues et chirurgiens cardiovasculaires du Canada n'ont aucun instrument leur permettant d'évaluer clairement les résultats de leurs patients par rapport à ceux de leurs collègues des hôpitaux de leur région ou des cliniques d'autres provinces ou territoires. En conséquence, ils n'ont aucun moyen de cerner les lacunes, d'apprendre de leurs pairs ou d'améliorer la prestation des soins en se fondant sur des faits. » [TRADUCTION]

**Catherine Kells, MD FCCS,
présidente, SCC**



- Les personnes de statut *sociodémographique inférieur* sont moins susceptibles de bénéficier d'une chirurgie au cœur à la suite d'une crise cardiaque et plus susceptibles d'être réadmisées à l'hôpital¹¹.

La pression financière croissante sur les systèmes de santé du Canada oblige plus que jamais les fournisseurs de soins à prendre des décisions éclairées et à réduire les variations dans leurs pratiques.

Qu'est-ce que l'analyse comparative?

L'analyse comparative externe, à savoir l'évaluation comparative des activités et des résultats dans le cadre d'un processus continu, a été adoptée par de nombreux pays pour faire face à la hausse des coûts du système de santé. Lorsque l'analyse comparative est combinée à des *rapports publics*, elle favorise une plus grande transparence dans la prestation des soins et crée des besoins urgents de changer qui entraînent des améliorations. La valeur de l'analyse comparative dépasse la portée d'un audit : son objectif est d'instaurer le partage d'outils et de ressources pour améliorer le système de santé.

L'Australie, la Suède, le Royaume-Uni et les États-Unis, en particulier, ont adopté des programmes nationaux d'évaluation comparative. Les données probantes montrent que ces programmes améliorent la qualité des soins et réduisent les inefficacités¹². Il n'y a pas encore eu d'investissement national dans l'analyse comparative cardiovasculaire au Canada. Cela a été identifié pour la première fois comme un problème fondamental dans *Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et plan d'action* (2009)¹³.

• • •

« Au Royaume-Uni, par exemple, les hôpitaux surveillent leur fonctionnement et améliorent la qualité des soins en vérifiant les soins reçus par les patients cardiovasculaires par rapport à des indicateurs tels que les taux de réadmission et la durée des séjours. Ces données sont ensuite transmises aux cliniciens et aux équipes de soins et d'administration des hôpitaux pour informer les initiatives d'amélioration de la qualité. C'est un processus cyclique qui nécessite de s'engager envers la collecte des données en temps opportun, la déclaration ouverte et transparente des résultats et l'engagement de la communauté administrative et clinique de l'hôpital et du public envers l'amélioration de la qualité. » [TRADUCTION]

L'honorable Kelvin Ogilvie, ancien président du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

• • •

Certaines provinces ont réalisé des progrès notables en matière d'analyse comparative. En Alberta, par exemple, on a observé un écart représentant près du double de la mortalité par AVC à 30 jours, les plus mauvais résultats étant constatés chez les patients en milieu rural. Conscients de cela, les fournisseurs de soins ont collaboré pour réduire la mortalité par AVC dans les petits centres de traitement en milieu rural¹². Mais qu'en est-il des autres centres et établissements de soins au Canada?

L'analyse comparative nationale offrirait la possibilité d'apporter une amélioration d'un océan à l'autre en facilitant une évaluation comparative d'une province à l'autre. Cela fournirait des données importantes pour les provinces qui n'ont pas la capacité de mesurer leur propre performance.

Le projet de qualité

Au Canada, les investissements de l'*Agence de la santé publique du Canada* (ASPC) et des *Instituts de recherche en santé du Canada* ont créé un réseau solide et très engagé de fournisseurs de soins intéressés par l'analyse comparative cardiovasculaire. Cela a abouti au lancement d'un fructueux *projet de qualité* à la SCC, qui a jeté les bases d'un programme national d'analyse comparative de classe mondiale.

Grâce à la forte adhésion des provinces et à l'engagement de l'*Institut canadien d'information sur la santé* (ICIS), la SCC a préparé deux preuves de concept conçues pour évaluer les aspects de la qualité des soins dans tous les centres cardiaques au Canada^{7,14}. Les programmes de formation destinés aux prestataires de soins ont permis de cerner les disparités locales et de faciliter l'échange des pratiques exemplaires. Un programme national d'analyse comparative reposant sur le succès du *projet de qualité* de la SCC représente une prochaine étape cruciale pour produire un impact sur les résultats pour les patients à l'échelle nationale.

• • •
« Le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de premier plan dans l'amélioration de la qualité des soins offerts aux Canadiens et des résultats obtenus à cet égard. »

**Premier ministre Justin
Trudeau**

• • •

Pourquoi les maladies cardiovasculaires?

Les maladies cardiovasculaires et le cancer sont les deux principales causes d'invalidité et de décès au Canada⁶. Le gouvernement fédéral a investi dans un programme national d'analyse comparative du cancer par l'entremise du *Partenariat canadien contre le cancer*, mais il n'y a pas encore d'investissement comparable dans la santé cardiovasculaire.

L'édification d'une culture d'amélioration continue de la qualité au Canada est un travail en cours. Dans le cadre de la restructuration des *organisations pancanadiennes de la santé*, il est très utile d'appuyer les activités d'analyse comparative menées par un groupe de fournisseurs de soins engagés qui possèdent les connaissances, l'expertise et l'expérience nécessaires pour susciter le changement. En plus d'accélérer l'analyse comparative cardiovasculaire, le *projet de qualité* de la SCC fournira un modèle pour appuyer l'innovation et l'évolution des systèmes de santé du Canada plus largement.

Recommandation

La SCC recommande que le gouvernement fédéral investisse 12,5 millions de dollars dans un programme national d'analyse comparative. Cet investissement sera complété par une contribution en nature de 2,5 millions de dollars de la communauté cardiovasculaire. La SCC travaillera avec les gouvernements fédéral et provincial pour mener à bien l'intégration et la mise en œuvre efficaces de l'analyse comparative cardiovasculaire et trouver des mécanismes durables afin d'intégrer l'analyse comparative aux systèmes de santé. Un investissement fédéral stratégique est maintenant nécessaire pour maintenir et maximiser l'impact du *projet de qualité de la CSC* et nous permettre de tirer parti des bases de données à travers le Canada. Sans ce soutien, l'élan sera gravement limité, et la communauté cardiovasculaire sera incapable de poursuivre ce travail important.

Impact prévu

Les avantages socioéconomiques découlant de l'information et de l'innovation dans le secteur des soins de santé sont les suivants :

- amélioration de la qualité des soins et des résultats pour les patients;
- réduction des disparités en matière de santé;
- amélioration de la reddition de comptes et de la confiance des patients dans le système de santé;
- attribution efficace, efficiente et équitable de ressources rares;
- mise en place d'une culture d'amélioration continue de la qualité.

L'importance et la faisabilité de la lutte contre les disparités en matière de santé, en particulier parmi les groupes marginalisés, sont soulignées dans le rapport de l'ASPC intitulé *Réduire les disparités sur le plan de la santé* : « [...] les disparités en santé menacent la cohésion des communautés et de la société, ébranlent la viabilité du système de santé et ont un impact sur l'économie. Mais on peut éviter ces conséquences¹⁵ ».

Dans son rapport prébudgétaire de 2019, la communauté des cardiologues, chirurgiens et scientifiques de la SCC invite le Comité permanent des finances à prendre conscience de l'importance d'investir dans l'analyse comparative cardiovasculaire. Une bonne santé humaine se traduit par une bonne santé économique. Cet investissement permettrait au Canada de demeurer concurrentiel à l'échelle internationale, de maximiser sa productivité et de s'assurer

que chaque dollar investi dans les soins cardiovasculaires donne un résultat efficace, efficient et équitable.

¹ Grodstein, Francine. « Cardiovascular Risk Factors and Cognitive Function ». *Alzheimers & Dementia*, vol. 3, no. 2, 2007, pp. S16–22., doi:10.1016/j.jalz.2007.01.001.

² Gouvernement du Canada. « Égalité + Croissance. Une classe moyenne forte. » Ottawa : *Ministère des Finances*, 27 février 2018, <https://www.budget.gc.ca/2018/home-accueil-fr.html>

³ Statistique Canada. « Tableau 102-0561 – Principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada. CANSIM (base de données des décès). » Ottawa : Statistique Canada, 2018, https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310039401&request_locale=fr

⁴ Institut canadien d'information sur la santé. « Indicateurs sur les hospitalisations, les chirurgies, les nouveaux-nés et les accouchements en 2014-2015 ». Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, 2016, <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC3097&lang=fr>

⁵ GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. « Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015 ». *Lancet*, vol. 388, no. 10053, 2016, pp. 1459-1544., doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31012-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31012-1)

⁶ Agence de la santé publique du Canada. « Créateur de rapport personnalisé du fardeau économique de la maladie au Canada ». Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2018, <http://cost-illness.canada.ca/custom-personnalise/national.php?lang=fra>

⁷ Institut canadien d'information sur la santé. « Rapport sur les indicateurs de la qualité des soins cardiaques ». Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, 2017, <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/cardiac-care-quality-indicators-report-fr-web.pdf>

⁸ Kok Hoon Tay, Deirdre A. Lane, Gregory Y. H. Lip. « Challenges facing anticoagulation among the elderly and frail ». *Age and Ageing*, Vol. 38, no. 2, 2009, pp. 140-142, doi.org/10.1093/ageing/afn295.

⁹ Reading, Jeffrey. « Confronting the Growing Crisis of Cardiovascular Disease and Heart Health Among Aboriginal Peoples in Canada ». *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 31, no. 9, 2015, pp. 1077–1080., doi:10.1016/j.cjca.2015.06.012.

¹⁰ Agence de la santé publique du Canada. « Les maladies du cœur au Canada : Faits saillants du Système canadien de surveillance des maladies chroniques ». Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2017, <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/maladies-coeur-canada-fiche-technique.html>.

¹¹ Picard, Andre. « Heart Attack Rates Vary by Provinces, Researchers Find ». *The Globe and Mail*, 2018, www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/health/conditions/heart-attack-rates-vary-by-province-researchers-find/article4266435/

¹² Young, Courtney, et al. « Quality of Cardiac Care in Canada: Recommendations for Building a Sustainable Future ». *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 34, no. 6, 2018, pp. 800–803., doi:10.1016/j.cjca.2018.01.025.

¹³ Comité directeur de la Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et plan d'action. « Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et plan d'action : Pour un Canada au cœur qui bat ». Ottawa : Comité directeur de la Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et plan d'action, 2009, waittimealliance.ca/wp-content/uploads/2014/05/FR-Building-a-Heart-Healthy-Canada.pdf

¹⁴ Société canadienne de cardiologie. « Rapport national du projet de qualité : remplacement valvulaire aortique par cathéter ». Ottawa : Société canadienne de cardiologie, 2016, http://ccs.ca/images/Health_Polcy_Fr/Rapport_national_du_projet_de_qualit%C3%A9_de_la_SCC_TAVI.pdf

¹⁵ Agence de la santé publique du Canada. « Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé : Orientations stratégiques et activités recommandées ». Ottawa : Santé Canada, 2005, phac-aspc.gc.ca/.